



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas  
Departamento de Gestão de Políticas Públicas  
Especialização em Orçamento e Políticas Públicas

TALITA CORDEIRO GALHARDO  
Matrícula: 2019/0056185

**DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PARA A DEMOCRATIZAÇÃO DO ACESSO E A  
SOLIDARIEDADE NO SUS:  
REFLEXÕES SOBRE SUAS BASES E O CONTEXTO DA COVID-2019**

Modalidade: Artigo científico  
Professor orientador: Franco de Matos

Brasília, 2020

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. DEMOCRATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL.....	5
3. SOLIDARIEDADE E O CARÁTER PÚBLICO DOS SISTEMAS DE SAÚDE .....	7
4. NEOLIBERALISMO E NEW PUBLIC MANAGEMENT .....	9
5. NEW PUBLIC MANAGEMENT, PÓS-NEW PUBLIC MANAGEMENT E GOVERNANÇA .....	11
6. NEOLIBERALISMO COMO NOVA RAZÃO DO MUNDO E GOVERNANÇA ..	12
7. A PANDEMIA DE COVID-19 E A VOLTA DO ESTADO .....	15
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	16
9. REFERÊNCIAS .....	17

## **Desafios contemporâneos para a democratização de acesso e solidariedade no SUS: reflexões sobre suas bases e o contexto da Covid-2019<sup>1</sup>**

Talita Cordeiro Galhardo<sup>2</sup>

**RESUMO:** A solidariedade social e o neoliberalismo se opõem como visões de mundo. Esses dois olhares, por sua vez, refletem o modelo de sistema de saúde que queremos. O direito à saúde pública estabelecido pela Constituição de 1988 e o advento do novo coronavírus trazem à reflexão a possibilidade de haver uma crise no neoliberalismo. Todavia, a conjuntura trazida pelo novo vírus mostra que há uma tendência de acirramento das duas visões de mundo analisadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Solidariedade, neoliberalismo, Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT:** Social solidarity and neoliberalism are opposed to worldviews. These two distinct looks on how to see the world reflect, in their turns, the healthcare model we wish to have. Two facts suggest the possibility of a crisis in neoliberalism. The first one is the right to access a public healthcare system that was established by the 1988 Brazilian Constitution. The second one is the emergence of the coronavirus pandemic. However, the conjuncture conveyed by the new virus shows us that there is a tendency for the two worldviews mentioned above to intensify.

**KEYWORDS:** Solidarity, neoliberalism, Brazilian Unified Health System.

### **1. Introdução**

O presente artigo tem como objetivo trazer à reflexão o modelo de Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), cotejando-se a solidariedade e o neoliberalismo como visões de mundo e, após, desenvolver uma reflexão da importância do Estado e da solidariedade diante da pandemia de Covid-19. Dessa maneira, será necessário recorrer à história da implantação do SUS e à conjuntura em que ele se insere. A ideia de um sistema único de saúde no Brasil se concretizou com a Constituição Federal de 1988, em um contexto de redemocratização e

---

<sup>1</sup> Artigo apresentado como requisito parcial para aprovação na Pós-Graduação em Orçamento em Políticas Públicas da Universidade de Brasília.

<sup>2</sup> Analista Técnico de Políticas Sociais no Ministério da Saúde.

participação popular. Viacava (2018) lembra que a saúde surge como direito social a partir da Constituição Cidadã, todavia, o direito à saúde pública se institui de fato com a Lei nº 8.080 de 1990, que trata da regulação dos serviços de saúde, e a participação popular vira garantia por meio da Lei nº 8.142 de 1990, que institucionaliza a participação social mediante conselhos e conferências nos três níveis da federação. Antes da Constituição de 1988, somente metade da população tinha acesso à saúde (SANTOS, 2018), sendo que os sujeitos de direito eram os trabalhadores formais, vigorando, assim, o modelo trabalhista de Getúlio Vargas.

Anteriormente à década de 1980 e, portanto, antes da implementação do SUS, haviam-se reduzido os gastos com saúde pública, assim como havia predominância da assistência hospitalar especializada em detrimento de políticas sanitárias. O ponto de inflexão ocorre no final da década de 1970, quando ocorreu o aumento da oferta de serviços públicos, primordialmente por meio das prefeituras municipais, com a construção de Unidades Básicas, primando-se pelos princípios de atenção universal, integral e equitativa. Ademais, entre o final da década de 1970 e o final da década de 1980, ocorreram dez encontros regionais e nacionais, assim como constituíram-se secretarias, colegiados e associações estaduais para a troca de experiências. Dois centros de pesquisa destacaram-se na formação de jovens sanitários: a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e a Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Pesquisadores da Fiocruz e de universidades, juntamente com técnicos dos Ministérios da Saúde e da Previdência, criaram o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Destaca-se que o MRSB e a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados organizaram o I e o II Simpósio Nacional de Política de Saúde (1979 e 1982, respectivamente), cujas ideias repercutiram na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986 (SANTOS, 2018).

Sônia Fleury (2009) rememora que, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) apresentou o documento *A questão democrática na área de saúde*, que se consubstanciou como uma proposta do MRSB de defesa da Reforma Sanitária e da democratização do acesso à saúde. O Cebes preconizava a unificação dos serviços de saúde e que estes deveriam ser públicos e sem fins lucrativos, com participação de usuários inclusive nos âmbitos decisórios. Assim, verifica-se que democracia e acesso à saúde estão articulados, pois:

A luta pela universalização da saúde aparece como parte intrínseca à luta pela democracia, assim como a institucionalização da democracia aparece como condição para a garantia da saúde como direito de cidadania.

[...]

As reformas sanitárias quase sempre emergem em um contexto de democratização e estão associadas à emergência das classes populares como sujeitos políticos, geralmente em aliança com setores da classe média.

(FLEURY, 2009, p. 157).

Igualmente, o supracitado documento denunciava a deterioração da saúde e apresentava a Reforma Sanitária por meio do conceito de “crise”: havia crise na medicina com políticas privatizantes, crise no conhecimento da medicina e crise do autoritarismo. A Reforma Sanitária consubstanciou-se em um projeto contra-hegemônico que implicava mudança da estrutura social, uma nova cultura e nova visão/ordem de mundo, nas quais a saúde constituiu-se um bem público (FLEURY, 2009).

Desse modo, após os movimentos e conferências nas décadas de 1970 e 1980, o SUS se instituiu com princípios democráticos. Um deles é o princípio de participação da comunidade, que engloba formulação de políticas e controle das políticas públicas quanto ao processo decisório, assim como o controle sobre o Estado, conforme assinala Arantes (2007 apud ROLIM *et al*, 2013). Importante destacar que, no Brasil, o SUS foi a primeira política pública a adotar o controle como um princípio, e esse controle é um importante mecanismo para democratizar as instituições (ROLIM, 2013). Os Conselhos de Saúde são espaços democráticos, inclusive a Conferência Nacional de Saúde de 2019 teve como tema principal a democracia.

O presente artigo, ao ter por objetivo contribuir para o debate sobre o Sistema Único de Saúde, o acesso à saúde e a solidariedade social, é estruturado da seguinte forma: primeiramente, será tratada a democratização dos serviços de saúde; na sequência, serão abordados a solidariedade e o caráter público dos sistemas de saúde; a seguir, serão analisados o Neoliberalismo e o New Public Management; logo após, haverá uma observação sobre o New Public Management, o pós-New Public Management e Governança; o quinto tópico é sobre Neoliberalismo como nova razão do mundo e governança; o penúltimo tópico será um exame sobre a pandemia e a volta do Estado; por fim, sucederão as considerações finais.

## **2. Democratização dos serviços de saúde no Brasil**

O SUS é um sistema que contribuiu para redução das desigualdades, mas – retomando o conceito de crise – Fleury (2009) observa que ainda há iniquidades no acesso à saúde e que não há democracia onde a iniquidade impera. Ao citar Gramsci, Rolim (2013) recorda que há igualdade política somente onde há igualdade econômica. A pesquisadora Fleury

(2009) chega a entender que resistimos aos projetos neoliberais para a saúde e que se aumentou a consciência de que a saúde deve ser um direito.

Bollyky *et al* (2019) afirmam que há correlação entre regimes democráticos e o acesso ao tratamento de doenças crônicas, mas não há relação entre democracia e o tratamento de doenças infecciosas. Ademais, há maior correlação entre democracia e prevenção de mortes por doenças crônicas do que entre Produto Interno Bruto (PIB) e a prevenção desses tipos de doenças. Os autores também acrescentam que eleições livres e justas periódicas fazem com que os governos se comprometam mais com o tratamento de doenças crônicas.

Para discorrer sobre a democratização dos serviços de saúde, é preciso fazer a análise de seu acesso. De fato, houve expansão de consultas no âmbito da atenção básica<sup>3</sup> e reduziram-se as internações, de modo que as desigualdades no acesso à saúde diminuíram de 1981 a 2008, e elevou-se o número de pessoas que relataram usar postos de saúde. Inclusive, cresceu a busca por prevenção a partir de 1998 (VIACAVA, 2013). Por outro lado, tem-se que aumentou a contratação de planos de saúde: em 1981, 9,3% das pessoas tinham planos privados; em 2013 chegou a 29,6%. Elevou-se o número de todos os tipos de estabelecimentos (públicos e privados), assim como de profissionais, e, em 2013, a maior parte de médicos (76%) e enfermeiros (88%) trabalhavam no SUS. Mas há *deficit* de dentistas no SUS, pois, em 2017, somente 46,3% trabalhavam na rede pública de saúde, provavelmente porque esses profissionais não atuaram de maneira significativa na Reforma Sanitária, segundo Farias e Sampaio (2011 apud VIACAVA, 2013). Outrossim, Viacava (2013) assinala que a análise do acesso deve levar em conta a qualidade do cuidado ofertado e a ampliação do acesso depende de recursos financeiros.

Constata-se que o número de hospitais públicos aumentou muito pouco e a maior parte dos leitos estão em hospitais privados, entretanto a maior parte da prestação de serviço destes é para pacientes do SUS, de maneira que há articulação entre os setores público e privado, predominando um formato de atendimento misto. Desse modo, ressalta Viacava (2013), o SUS depende dos serviços privados e a área privada depende de recursos do SUS, mas os hospitais seguem a lógica mercantil, ao se instalarem em locais com maior retorno financeiro, de modo que, apesar de o Brasil atender à proporção mínima de médicos preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em nível nacional, não a atinge em nível regional. Assim, o país tem

---

<sup>3</sup> Atenção Básica se refere ao atendimento primário de saúde, que abarca prevenção de doenças e encaminhamento de casos graves e complexos para a Atenção Especializada. Desse modo, a Atenção Básica realiza a distinção entre casos simples e complexos com os devidos encaminhamentos.

2,5 médicos por 1.000 habitantes — a OMS recomenda pelo menos 1 médico por 1.000 habitantes —, todavia há elevada concentração de profissionais no Sul, Sudeste e Centro Oeste. Além de as Regiões Norte e Nordeste terem *deficit* de profissionais, esses se concentram nas capitais, fator que foi, em parte, aliviado com o Programa Mais Médicos para o Brasil<sup>4</sup>, o qual trouxe um alento, a partir de 2013, quanto à questão da regionalização, apesar de haver, ainda, pouca garantia de sua continuidade como política de Estado.

### **3. Solidariedade e o caráter público dos sistemas de saúde**

Solidariedade no financiamento da saúde pública diz respeito à participação de uma gama de atores sociais na colaboração financeira com as políticas públicas de saúde, como o Estado, os empregadores e os cidadãos. Aqui, incide a ideia de comprometimento e responsabilização de todos para com a saúde do cidadão como princípio primordial a seguir quando da implementação da política de saúde, o que inclui o adequado financiamento dos sistemas públicos de saúde e o cuidado para não se deixar a responsabilidade de aporte somente com o cidadão.

Verifica-se que, no decorrer de três décadas, os princípios do SUS não foram implementados efetivamente, constatando-se diversos problemas tais como o subfinanciamento, uma vez que foram gastos apenas 3,9% do PIB, portanto, abaixo dos 7%, correspondentes ao valor que os bons sistemas públicos aplicam<sup>5</sup>; a criação do Fundo Social de Emergência em 1994, — que em 2000 se tornou Desvinculação das Receitas da União (DRU), desvinculando 20% da receita obrigatória do Orçamento da Seguridade Social, em 2016, esse valor passou para 30% e houve a criação da Desvinculação de Receitas Estaduais e Municipais (DRE e DRM); a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, que passou a vincular o financiamento do SUS somente às receitas de impostos de municípios e estados; e a promulgação da Emenda Constitucional nº 86/2015, que transfere 0,6% da Receita Corrente Líquida (RCL) para emenda parlamentar impositiva (SANTOS, 2018). Ademais, no nosso país, a austeridade fiscal com o teto de gastos da Emenda Constitucional nº 95 de 2016 (EC 95/2016)

---

<sup>4</sup> Programa instituído por meio da Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013, cujos objetivos eram aprimorar a formação médica do Brasil de modo a atender às políticas públicas de saúde e aperfeiçoar a organização e o funcionamento do SUS. Este programa ajudou a fixar médicos em regiões remotas do país, onde havia poucos médicos devido ao pouco retorno financeiro, e ampliou o acesso à saúde pública.

<sup>5</sup> Em 2014, o gasto da França com saúde pública foi de 9 % do PIB; Reino Unido, 7,6%; Itália, 7%; e Espanha, 6,4%. (FIGUEIREDO, Juliana *et al.*, 2014).

tem como foco redução de gastos sociais, mas sem intervenção relevante nos recursos da camada da população de mais alta renda.

Acerca da conjuntura internacional, Giovanella e Stegmüller (2014) refletem que igualmente há crise no financiamento de sistemas públicos de saúde em outros países, partindo de estudo de caso de três países da Europa: Inglaterra, Espanha e Alemanha. Os autores constatarem que, desde a década de 1990, ocorreram reformas nos sistemas de saúde devido a políticas econômicas neoliberais e, desde a crise de 2008, houve tendência de transferência das dívidas bancárias privadas para a dívida pública, acarretando a diminuição do orçamento para políticas sociais como a saúde pública, prejudicando o princípio de universalidade de acesso.

Na Europa, a austeridade também vem prejudicando as políticas públicas para a saúde, de modo que a Espanha rompeu com a cidadania sanitária desde 2012, condicionando a qualidade de segurado à previdência social para se ter acesso à saúde pública. Igualmente, houve cortes nas contratações, congelamento de salários, não substituição de profissionais, aumento da jornada de trabalho, e ampliou-se o copagamento. Na Inglaterra, a partir de 2012, cresceu a tendência à privatização, pois se entende que o governo não tem mais obrigação de prover atenção integral, pois há constante incentivo ao uso de serviços particulares, ou seja, tendência à privatização. A Alemanha, por sua vez, reduziu a solidariedade no financiamento, congelando a contribuição dos empregadores e transferindo aumentos para os segurados, todavia, devido à retomada do desenvolvimento econômico, não se introduziram novos instrumentos de contenção de gastos nem houve reforma estrutural na saúde, mas a crise serviu para legitimar cortes e a mercadorização na área de saúde. Ademais, restringiu-se a cesta de serviços médicos nos três países (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014).

Ao se analisar os três países, constata-se que houve maior participação do setor privado. Na Espanha houve descentralização da responsabilidade pela saúde, com 17 sistemas regionais de saúde organizados em comunidades autônomas. As reformas levaram à necessidade de criação de órgãos de regulação. Quanto à regulação entre financiadores e prestadores, tem-se que a Espanha utiliza contrato-programa, que é um sistema de gestão por objetivos.

Na Inglaterra, os serviços de saúde não são descentralizados, mas compõem um sistema unitário. O país utiliza contratos de comissionamento para regular a competição entre Clinical Commissioning Groups (CCG) e os prestadores do National Health Service (NHS). Igualmente, na Inglaterra há separação de funções entre financiamento e prestação no NHS, e o Monitor Health Quality Commission (CQC) concede licença a prestadores, define preços e



regula a competição entre os prestadores. Os hospitais têm relativa autonomia na gestão e devem se transformar em Foundation Trust, com autonomia para captar recursos privados. Os CCG deverão contratar qualquer prestador, de modo que haverá maior participação do setor privado na prestação de serviço.

Já na Alemanha, as relações entre caixas e prestadores são reguladas por contratos coletivos. Os prestadores são organizados em associações conforme os setores de atenção, e a prestação do serviço de saúde não é feita diretamente pelo Seguro Social de Doença, havendo a contratação de prestadores públicos ou privados organizados em entidades corporativas.

Relativamente à gestão, estabelecem-se parcerias público-privadas para investimento, privatizações e terceirização na direção dos hospitais, configurando uma orientação comercial que pode afetar a prestação de serviços. Há tendência de expansão de medidas baseadas no *New Public Management*, com transferência de responsabilidade do Estado para as famílias, e as políticas aprofundam a competição regulada e a regulação por contrato. Em relação às reformas conservadoras das décadas de 1980 e 1990, não houve um processo linear, e intensificou-se a defesa da atuação do mercado nas políticas públicas. Todavia, nos três países, o princípio da solidariedade e o caráter público dos sistemas de saúde prevaleceram.

#### **4. Neoliberalismo e New Public Management**

Quanto ao Brasil, desde a promulgação da Constituição de 1988, observa-se que o governo federal promoveu renúncia fiscal, cofinanciamento de planos de saúde privados para servidores, assim como não há o devido ressarcimento por parte dos planos de saúde ao SUS quando da utilização do sistema por seus beneficiários (SANTOS, 2018). Para tornar esse panorama mais preocupante, em 2016 foi aprovada a EC 95/2016, que vinculou a receita para a área social à inflação do ano anterior, de modo que, mesmo que ocorra crescimento econômico, o governo não poderá aumentar o aporte para a saúde durante 20 anos.

Todas essas mudanças nos sistemas de saúde do Brasil e de outros países tiveram influência dos modelos de reformas da administração pública, que eram concebidos em contextos de instabilidade. Ao se analisar o Texto para Discussão “*Gestão pública contemporânea: do Movimento Gerencialista ao pós-NPM*”, de Cavalcante (2017), constatamos a influência no neoliberalismo na forma de gestão dos países. Até a década de

1970, havia predomínio do modelo weberiano ou tradicional de gestão, contemplando-se os aspectos de racionalidade, Estado centralizado com praticamente total responsabilidade pelas políticas públicas e pela indução da economia e forte hierarquização, porém o Estado de bem-estar social já estava em crise, havia muita pressão sobre o Estado, *deficit* fiscal e elevação da despesa pública.

No Chile, ocorreram as primeiras experiências neoliberais com os *chicago boys*, grupo de jovens economistas, na década de 1970. Pedro Cavalcante (2017) recorda que Thatcher e Reagan foram os responsáveis por difundir a receita neoliberal e promoveram reformas administrativas baseadas no *New Public Management* (NPM), que visavam reconfigurar o papel do Estado, de modo que este se tornasse regulador e não promotor. Organismos internacionais como Fundo Monetário Internacional (FMI), Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e Banco Mundial foram protagonistas desse processo.

No caso da América Latina, esse movimento ocorreu com o Consenso de Washington (CAVALCANTE, 2017). Conforme Bandeira (2002), o economista norte-americano John Williamson, do *think tank* Institute for International Economics, apresentou, em 1989, um documento com respaldo do Congresso e da Administração em Washington, de instituições financeiras internacionais e *think tanks*, com recomendações como disciplina fiscal, liberalização dos comércios, abertura a investimentos estrangeiros e privatização de empresas estatais. Em 1990, o FMI adotou o preconizado como política oficial.

A ideia principal do NPM é incorporar princípios da iniciativa privada para o âmbito público, como competitividade, eficiência, efetividade e melhoria de desempenho. O NPM (também chamado de gerencialismo) é influenciado por princípios da teoria da escolha racional e da teoria da economia organizacional. Entretanto, a ideia de aplicar princípios da iniciativa privada ao setor público não tinha respaldo empírico, sendo a coerção um elemento para se conseguir aplicá-los.

Há duas gerações de NPM: a primeira teve início no final da década de 1970 e se estendeu à década de 1980 e tinha como foco fazer com que o setor público funcionasse conforme os princípios da iniciativa privada. A partir da atuação de Tony Blair, irrompeu a segunda geração do NPM, na qual disseminaram-se reformas baseadas no modelo do mercado de modo a aumentar a competição entre os sistemas públicos de saúde, amplo uso de ferramentas de desempenho, organizações mais enxutas, abertura à concorrência e criação de

empresas pelo setor público, mas gerenciadas por contrato de gestão. Na segunda geração, há preocupação com a qualidade dos serviços prestados, dando-se foco a *accountability* e transparência. O foco demasiado em monitoramento e avaliação elevou o controle, fazendo com que alguns autores considerem o NPM uma estrutura híbrida de gestão (CAVALCANTE, 2017).

## **5. New Public Management, pós-New Public Management e Governança**

As tendências pós-NPM se ancoram principalmente na governança, entendida como boa gestão, em que o cidadão tem papel de destaque, com mais importância que um cliente. O pós-NPM não rompeu com o modelo anterior, mas incorporou diretrizes e princípios por incrementalismo ao NPM. Os governos optaram por pequenas modificações, não grandes reformas no Estado. O setor público se constitui como ator principal, mas não único responsável pelas políticas públicas, de modo que a atuação em redes é priorizada com visão holística e integrada da gestão pública. (CAVALCANTE, 2017).

O NPM é complexo e difícil de definir, havendo sobreposições do modelo tradicional, do NPM e do Pós-NPM. Apesar desse fato, há diferenças evidentes entre os dois últimos modelos. O NPM se fundamenta nas seguintes ideias: foco no cliente/consumidor, tem como fonte a lógica de mercado, eficiência, competição, contratos, desagregação, incentivo pecuniário e concorrência e superioridade administrativa do mercado. Por sua vez, o pós-NPM tem como concepções: governança, cidadão como parceiro, redes, confiança, visão holística, colaboração, profissionalização e inclusão e fortalecimento da burocracia (CAVALCANTE, 2017).

A Constituição Federal de 1988 permitiu que o SUS mantivesse contratos e convênios com a iniciativa privada para prestação de serviços de saúde (VIACAVA, 2018), entretanto o serviço de saúde privado deveria ser complementar. A partir de 2003, tem-se que o mercado interno consumidor é fortalecido de modo geral e isso inclui o consumo de planos de saúde. Santos (2013) expõe que os sistemas públicos de saúde mais estruturados do mundo são defendidos pela sociedade e pelo Estado, o que não se verifica no Brasil de modo hegemônico. Constata-se assim o advento de um outro modelo de atenção à saúde —, qual seja, um “sistema híbrido público-privado”, sem regulação e em que o Estado passa cada vez mais sua responsabilidade em relação à saúde ao setor privado, inclusive, a Agência Nacional de Saúde (ANS), que deveria regular o mercado, é integrada por ele. Santos (2013) explicita que

“a ANS, autarquia federal com cinco diretores nomeados pelo governo, tem todos os seus membros provenientes do mercado de saúde”. Dessa maneira, assistimos a uma ruptura do ideal de igualdade e integralidade na atenção à saúde.

Como assinala Cavalcante (2017), o contexto é primordial para efetivação de princípios do NPM e do pós-NPM, de modo que as instituições, cultura e economia dos países servem como poderosos substratos, igualmente influenciando a forma e os aspectos desses modelos a serem implementados. No NPM, constatamos que a lógica de mercado era cada vez mais valorizada em nosso país, embora com a presença de princípios weberianos e de regulação.

Sonia Fleury (2009) declara que as escolhas feitas desde a apresentação de *A questão democrática na área da saúde* foram corretas, porém não foram suficientes para alterar relações de poder, bem como não se rompeu a lógica de pagamento por serviços de saúde. A pesquisadora compreende que resistimos aos projetos neoliberais para a saúde e que se aumentou a consciência de que a saúde deve ser um direito, mas sem rupturas que levem a uma Reforma Sanitária de fato. Realmente, observamos a prevalência e a hegemonia de um modelo diverso do idealizado pelo MRSB e do instituído pela Lei nº 8.080/1990.

## **6. Neoliberalismo como nova razão do mundo e governança**

Na obra *A nova razão do mundo*, Pierre Dardot e Christian Laval (2016) constataam que vivemos uma hegemonia neoliberal e que o homem neoliberal está inserido na competição mundial, ou seja, é um homem competitivo. Nas democracias liberais, havia grande tensão, mas se permitia a manifestação heterogênea do sujeito, de modo que as esferas da vida eram respeitadas em sua separação e articulação. Todavia, ocorreram dois impulsos paralelos: a democracia política e o capitalismo, de modo que o homem moderno se dividiu em dois: cidadão dotado de direitos e o homem guiado por seus interesses econômicos. Ou seja, tem-se assim o homem como fim e o homem como meio/instrumento, mas com a supremacia do homem guiado por interesses econômicos. A racionalidade neoliberal se caracteriza pela homogeneização do discurso do homem em torno da figura da empresa, produzindo-se o indivíduo como empresa de si. A partir desse momento, constituem-se diversas técnicas para a fabricação do novo sujeito unitário, que Dardot e Laval (2016) chamarão de sujeito empresarial/sujeito neoliberal/neossujeito.

O Estado social era visto como responsável pelo seguro social, e o risco era considerado um elemento a ser gerido por empresas, e não pelo Estado. Atualmente o risco é

visto como algo a ser individualizado, e o indivíduo conta cada vez menos com mecanismos públicos de solidariedade social. Com o sujeito do risco, produz-se o sujeito da assistência privada. De acordo com Beck (1986, apud DARDOT; LAVAL, 2016), o capitalismo avançado destrói a dimensão coletiva da existência, transforma as causas externas em responsabilidades individuais e as disfunções do neoliberalismo em fracassos pessoais.

É notório que a concorrência passou a ser somente atribuição dos indivíduos, porque os empresários se associam para maximizar seus lucros, havendo uma inversão completa em relação à competição (DARDOT; LAVAL, 2016). Percebemos, na atual conjuntura, que planos de saúde privados e instituições privadas da área de saúde financiam campanhas eleitorais e conseguem capturar o Estado para si, de modo que há um projeto de sucateamento do SUS para que empresas privadas ocupem o espaço de prestação de serviços públicos (BAHIA; SCHEFFER, 2011).

Em relação à democracia, dizem Dardot e Laval (2016):

A democracia também pressupunha preeminência do direito público sobre o direito privado. A racionalidade neoliberal se contrapõe a isso, além do mais, há tendência dos poderes de polícia a isentar-se de todo controle judicial.

O tema “boa governança” aparece no contexto de neoliberalismo, fazendo com que a reflexão sobre administração pública adquira um caráter técnico em detrimento de considerações políticas e sociais que possibilitariam evidenciar a pluralidade das opções possíveis. A relação entre governantes e governados é subvertida, e a cidadania que se construiu nos países ocidentais, a partir do século XVIII, é questionada em suas raízes. O cidadão investido com responsabilidade coletiva desaparece e dá lugar ao homem empreendedor, um homem consumidor a quem a sociedade não deve nada, que é empresário de si. O neoliberalismo não questiona somente a cidadania social, abre caminho para a contestação geral da cidadania.

Dessa maneira, o neologismo “desdemocratização” faz sentido, pois o neoliberalismo inutiliza as categorias práticas fundadoras da democracia liberal (DARDOT; LAVAL, 2016, n.p.).

Para Dardot e Laval (2016), grupos políticos que têm na solidariedade social seu foco de atuação não podem se contentar em defender a democracia liberal, pois o neoliberalismo a minou, de modo que este não é somente um sistema econômico, mas uma visão de mundo que trata da totalidade do ser humano, na esfera pública e privada:

Não se pode tentar recuperar sistemas decadentes, fundamentando a desgastada democracia representativa com a frágil democracia participativa. Também não cabe opor liberalismo político e liberalismo econômico, pois as bases de um liberalismo puramente político foram minadas por um liberalismo que não é puramente econômico, mas engloba todos os âmbitos de nossa vida (DARDOT; LAVAL, 2016, n.p.).

Rancière (2014), em *O ódio à democracia*, discute como unir o universal e o particular e lembra que os que são contra a democracia alegam declínio da autoridade e da

disciplina. O neoliberalismo se assemelha ao totalitarismo quando prediz que, se há democracia demais, há ingovernabilidade. O filósofo francês constata que há uma massa consumista — o que de fato engloba os consumidores de serviços de saúde privados — que se opõe a indivíduos interessados na prática política. Interessante quando o autor enumera regras que caracterizam a democracia: mandatos eleitorais curtos e não renováveis, monopólios dos representantes do povo para elaboração das leis, proibição de que funcionários do Estado representem o povo e não ingerência de potências econômicas sobre os gastos de campanha. Nesse ponto, facilmente constatamos *deficit* democrático no processo político brasileiro. Ao discorrer sobre o elogio do Estado mínimo, Rancière afirma que o fim do estado-providência é a defesa do retorno da responsabilidade do indivíduo, mas poder estatal e poder econômico se unem para reduzir os espaços de atuação política desse indivíduo.

Como constata Avritzer (2016), aqui há forte judicialização do acesso à saúde pública — o que sobrecarrega o SUS, havendo primazia do Judiciário em detrimento de instituições constituídas pela soberania popular. Sobre financiamento, o pesquisador recorda que em 2014, entre as 500 campanhas eleitorais mais bem financiadas, 350 elegeram deputados federais que têm de prestar contas a seus financiadores, trazendo ciclo de corrupção e ineficiência administrativa. Ressalta-se que muitos dos financiadores são donos de planos de saúde.

Runciman (2018) afirma que o populismo se alimenta do desgosto em relação à democracia e que as garantias na democracia não dependem só de voto, mas também de luta. Fleury (2009) recorda que a luta pelo poder perpassa o Estado, de modo que a luta para a mudança estrutural da sociedade não está fora da política, todavia nos encontramos em um contexto de criminalização da política. Rolim (2013) explica que é fundamental que as classes subalternas tenham postura de controle em relação ao SUS para se evitar a mercantilização da saúde. Entretanto, devemos ponderar que as classes subalternas não se reconhecem como tais, mas estão imbuídas da visão neoliberal, se veem como empresários (sujeito empresarial/sujeito neoliberal) em um país em que há mais de 13 milhões de empresas cuja grande maioria é composta de pequenas empresas ou de microempreendedores individuais. Assim, esses pequenos empreendedores não conseguem se ver como subalternos, trabalhadores, e não têm identificação com questões de solidariedade social.

No momento atual, como preconizam Dardot e Laval (2016), é preciso disseminar a reflexão de que se deve construir formas alternativas de subjetivação ao modelo da empresa de si, de modo que se faz necessário construir uma nova racionalidade, uma nova

visão de mundo por meio da ação, uma vez que a história se faz pela ação humana. Essa nova racionalidade deve estar ancorada na cooperação, na assistência mútua, na razão do comum. O pós-NPM tem foco na colaboração, todavia é difícil pensar uma cooperação entre mercado e sociedade quando o objetivo de um significa a negação do direito do outro. A seu favor há a constatação de que, ao longo da história, ordens voltadas para a cooperação podem ser viáveis e duradouras, de modo que é possível retomar a solidariedade social como princípio de uma sociedade e de seu sistema de saúde.

## **7. A pandemia de Covid-19 e a volta do Estado**

Há limitação no estudo do assunto porque há pouca publicação acadêmica acerca de um Estado forte diante da pandemia de Covid-19. Encontram-se publicações acerca da necessidade de um Estado estruturado diante de crises anteriores e a importância dos sistemas de saúde públicos e da ciência ante a Covid-19. Desse modo, a principal fonte de consulta acerca desse tema foi o livro *“Curto Circuito: o vírus e a volta do Estado”*, de Laura Carvalho.

Críticas acerca da configuração do capitalismo desde a década de 1980 ganharam concretude trágica com a pandemia provocada pela Covid-19, segundo a economista Laura Carvalho (2020). Em seu livro, ela recorda que as comorbidades associadas à Covid-19 é maior entre os menos escolarizados, de modo que a valorização dos sistemas públicos de saúde e das políticas de proteção social urgem, fazendo com que alguns analistas entendam essa crise como uma ameaça ao neoliberalismo ou mesmo ao capitalismo. A intervenção estatal no Brasil foi fundamental para atenuar a crise econômica de 2020.

A pesquisadora afirma que a crise pela qual o país passa leva a repensar o papel do Estado, de modo que, no contexto brasileiro, há cinco funções do Estado que a pandemia ajudou a revelar: “estabilizador da economia, investidor em infraestrutura física e social, protetor dos mais vulneráveis, provedor de serviços à população e, por fim, empreendedor” (Carvalho, 2020).

Em relação ao Estado protetor, a renda básica universal já era discutida antes da pandemia no mundo como um todo, todavia, o advento da Covid-19 fez com que as propostas de sua criação se intensificassem. No caso do Brasil, o Programa Bolsa Família (PBF) é o maior programa de transferência de renda condicionada do mundo. Para recebimento do benefício, é necessário registro no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo (Cadastro Único), cuja base de dados ajudou a implementação do auxílio emergencial. Quem não estava no

Cadastro Único precisou se registrar em aplicativo específico da Caixa Econômica Federal (Carvalho, 2020). O auxílio emergencial tem potencialidade para expandir o sistema brasileiro de proteção social, conforme a pesquisadora. Souza (2018, apud CARVALHO, 2020) afirma que “só grandes rupturas exógenas reconfiguram fortemente a desigualdade”. A partir dessa sentença, Carvalho (2020) se questiona se a pandemia seria uma dessas rupturas.

O Estado de bem-estar social engloba dois aspectos: de um lado, o gasto com prestação de serviços e benefícios; do outro lado, os tributos para financiá-los. Assim, há correspondência entre o modelo de bem-estar escolhido e a carga tributária. Serviços públicos de qualidade e abrangentes necessitam de carga tributária alta, o que não significa aumento de tributos para todos os brasileiros. É possível ter uma tributação progressiva, de modo a incidir mais sobre a camada mais rica e menos sobre a camada mais pobre (Carvalho, 2020). Rocha (2020) declara que os tributos têm papel fundamental em um Estado fiscal, de modo que todos os direitos previstos na Constituição Federal de 1988 têm custos públicos financiados por tributos, fazendo com que o pagamento desses seja um dever constitucional.

## **8. Considerações finais**

A solidariedade social é um princípio que deve reger todos os âmbitos da sociedade, não somente a área de saúde e não somente em momentos de crise. A pandemia de Covid-19 demonstrou a importância dos sistemas públicos de saúde e apontou que a escolha democrática feita pela Constituição de 1988 por direito à saúde tende a vigorar (CARVALHO, 2020). Todavia, segundo Rodrik (2020, apud CARVALHO, 2020), a crise provocada pela pandemia trará radicalização de tendências anteriores, como a crise do liberalismo ou o fortalecimento do autoritarismo populista, com tendência a um mundo mais desigual e maiores riscos à democracia. Em relação ao Brasil, haverá radicalização entre os que defendem uma renda básica e um sistema tributário progressivo, e os que tentarão impor cortes de gastos governamentais (Carvalho, 2020).

Devemos destacar que Estado é o maior ator de solidariedade social no caso do Brasil. Outras instituições, como entidades religiosas, são coadjuvantes. Entretanto estamos verificando pouca articulação em âmbito federal contra a Covid-19, e, na atual conjuntura, assistimos a decisões de necropolítica, de quem deve morrer e quem pode viver. Enquanto na Europa as pessoas com mais tendência a morrer são os idosos, no Brasil, há um recorte por renda, de modo que pessoas mais pobres têm menos acesso à saúde e à possibilidade de



isolamento em uma moradia adequada. A falsa dicotomia entre preservação da economia e a preservação de vidas acirra a necropolítica, de modo a incentivar a exposição de determinados grupos à pandemia.

A defesa do Estado-mínimo não deveria prosperar, sobretudo na atual conjuntura. O Estado-providência deve voltar a ser valorizado por uma questão de manutenção da civilização. A desconsideração do teto de gastos diante da pandemia foi fundamental e uma prova de que o Estado deve e pode agir para mitigar os problemas sociais. Há muito trabalho pela frente e muita discussão tem ocorrido acerca de temas cruciais como imposto progressivo, aumento da alíquota de imposto sobre herança e criação do imposto sobre grandes fortunas, previsto na Constituição Federal. Acerca de tributos é muito importante que a figura de um Estado “corrupto” não seja desculpa para não haver implementação de políticas públicas. Se há problemas com o sistema, devemos lutar para melhorá-lo, não destruí-lo de vez.

Constata-se que ainda é possível que, a partir de um momento de calamidade pública, consigamos acionar mecanismos de solidariedade social, de modo que o SUS possa se consolidar como um sistema mais forte e valorizado na atual conjuntura. Não há outro caminho, a não ser estimular a cooperação e não a competição para fortalecimento do SUS, para se fazer frente à pandemia e a outros problemas de saúde.

## REFERÊNCIAS

AVRITZER, Leonardo. *Impasses da democracia no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

BAHIA, Lígia; SCHEFFER, Mário. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. *Interface*, Botucatu v. 15, n. 38, p. 947-956, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/30.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2020.

BANDEIRA, Luiz Alberto Moniz. As políticas neoliberais e a crise na América do Sul. *Revista Brasileira de Política Internacional*, Brasília, v. 45, n. 2, p. 135-146, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbpi/v45n2/a07v45n2.pdf>. Acesso em: 21 set. 2020.

BOLLYKY, Thom; COHEN, Matthew; DIELEMAN, Joseph; SCHODER, Diana; TEMPLIN, Tara; WIGLEY, Simon. The relationships between democratic experience, adult health, and cause-specific mortality in 170 countries between 1980 and 2016: an observational analysis. *The Lancet*, v. 393, p. 1.628–1.640, 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/%20lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30235-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/%20lancet/article/PIIS0140-6736(19)30235-1/fulltext). Acesso em: 13 out. 2020.

CARVALHO, Laura. *Curto Circuito: o vírus e a volta do Estado*. São Paulo: Todavia, 2020.

CAVALCANTE, Pedro. *Gestão pública contemporânea: do movimento gerencialista ao pós-NPM*. Brasília: IPEA, 2017. (Texto para Discussão 2319). Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=30733:td-2319-gestao-publica-contemporanea-do-movimento-gerencialista-ao-pos-npm&catid=397:2017&directory=1](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=30733:td-2319-gestao-publica-contemporanea-do-movimento-gerencialista-ao-pos-npm&catid=397:2017&directory=1). Acesso em: 3 ago. 2019.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Boitempo, 2016. Edição Kindle.

FIGUEIREDO, Juliana; PRADO, Níli; MEDINA, Maria; PAIM, Jairnilson. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 2, p. 37-47, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe2/0103-1104-sdeb-42-spe02-0037.pdf>. Acesso em: 13 out. 2020.

FLEURY, Sonia. Revisitando “a questão democrática na área da saúde”: quase 30 anos depois. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 156-164, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341772017.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2019.

GIOVANELLA, Lígia; STEGMULLER, Klaus. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2.263-2.281, 2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/csp/v30n11/pt\\_0102-311X-csp-30-11-2263.pdf](https://www.scielo.br/pdf/csp/v30n11/pt_0102-311X-csp-30-11-2263.pdf). Acesso em: 3 ago. 2019.

RANCIÈRE, Jacques. *O ódio à democracia*. São Paulo: Boitempo, 2014.

ROCHA, Sérgio André. Luta à Covid-19 exige Estado forte, alimentado por tributos justos. *Consultor Jurídico* [online]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-mar-21/sergio-rocha-covid-19-exige-estado-forte-provido-tributos-justos#author>. Acesso em: 20 ago. 2020.

ROLIM, Leonardo; CRUZ, Rachel; SAMPAIO, Karla. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2019.

RUNCIMAN, David. *Como a democracia chega ao fim*. São Paulo: Todavia, 2018.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciência e saúde coletiva* [online], v. 23, n. 6, p. 1.729-1.736, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1729.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2019.

VIACAVA, Francisco *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência e saúde coletiva* [online], vol. 23, n. 6, p. 1.751-1.762. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1751.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2020.